



**SOLICITUD DE SEGURO
AUTOMOVILES COLECTIVO
TOMADOR NO UNICO**

Seleccione la opción que corresponda

No. POLIZA GRUPO: (Recuerde son 13 dígitos)

9201120900101

CONTRATO:

85730

PARENTESCO ENTRE TOMADOR – ASEGURADO

El recibido del presente formulario no implica la aceptación del riesgo. Si transcurrido el termino de quince (15) días corrientes contados a partir de la fecha de recibido de la solicitud. Mapfre no expide la póliza. Se entenderá que el riesgo no ha sido aceptado

TOMADOR	Tipo de documento		No. Documento		Fecha de Expedición de documento DD MM AAAA			Lugar de expedición del documento Departamento Ciudad	
	Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento Departamento Ciudad			Nacionalidad				
Genero F M		Tipo de Actividad		Teléfono			E- Mail		
Dirección residencia				Departamento de Residencia: Ciudad de Residencia:					
ASEGURADO	Mismo (Tomador)			Otro			Si es diferente al Tomador por favor diligenciar la siguiente información		
	Tipo de documento		No. Documento		Fecha de Expedición de documento DD MM AAAA			Lugar de expedición del documento Departamento Ciudad	
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento Departamento Ciudad			Nacionalidad				
Genero F M		Tipo de Actividad		Teléfono			E- Mail		
Dirección residencia				Departamento de Residencia: Ciudad de Residencia:					
BENEFICIARIO	Mismo (Asegurado)			Acreedor prendario			Si es diferente al asegurado por favor diligenciar la siguiente información		
	Tipo de documento		No. documento		Nombre o Nombre de la prenda				
CONDUCTORES	Mismo (Asegurado)			Otro (Max. 1 persona diferente al asegurado)					
	Tipo de documento		No. documento		Fecha de Nacimiento DD MM AAAA			Genero F M	
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			
DATOS DEL VEHICULO				Fecha de inclusión póliza individual (La fecha no puede ser anterior a la fecha de inspección)					
				DD		MM		AAAA	
Placa		Motor (Obligatorio para 0km)		Chasis (Obligatorio para 0km)		Color		Modelo	
Si es vehículo 0 Km por favor diligenciar la siguiente información			Nombre del concesionario				Numero de factura		
Fecha de factura DD MM AAAA				Valor factura (Solo cifras numéricas)					
Código Fasecolda (opcional)		Ciudad de circulación		Servicio del vehículo	Uso del vehículo	Contrata dispositivos de seguridad	SI	NO	Indique Cual